

Proposition d'un modèle d'évaluation du capital immatériel pour les organisations transversales à l'hôpital : le cas des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

Marie-Annick MONTALAN, Béatrice VINCENT, Maîtres de Conférences en sciences de gestion, Laboratoire Gestion et Cognition (EA 2043), Université Paul Sabatier, UFR MIG, Département Gestion, 118 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 9,

montalan@cict.fr, bvincent@cict.fr

Résumé : Cet article propose une analyse de l'impact du capital immatériel (CI) sur la performance d'organisations hospitalières singulières, les équipes mobiles de gériatrie (EMG). Les résultats présentés sont issus d'une recherche intervention effectuée auprès des EMG, d'hôpitaux et d'institutions médico-sociales de la région Midi-Pyrénées. Elle a abouti à la proposition d'un modèle d'évaluation inspiré à la fois du BSC et du navigateur Skandia qui analyse les effets du CI sur quatre dimensions de la performance des EMG et prend aussi en compte la valeur intrinsèque de leur CI, c'est-à-dire le développement des connaissances et compétences gériatriques tant au niveau des équipes que de leurs partenaires et de l'hôpital.

Mots clés : Capital immatériel, Equipes Mobiles de Gériatrie, Modèles d'évaluation.

Abstract : This article offers an analysis of the impact of intangible capital (IC) on the performance of singular hospital organizations, the Mobile Geriatric Teams (MGTs). The presented results are based on an intervention research conducted with the MGTs, hospitals and medico-social institutions of the Midi-Pyrénées region. It led to the proposal of an evaluation model based on both the BSC and the Skandia Navigator, which analyzes the effects of IC on four dimensions of performance of MGTs. It also takes into account the intrinsic value of their IC, that is to say, the development of geriatric knowledge and skills for the MGTs, their partners and the hospital.

Key words: Intangible Capital, Mobile Geriatric Teams, Models of Evaluation.

L'importance du capital immatériel (CI) comme source significative de valeur pour les organisations est aujourd'hui reconnue tant par les chercheurs que par les professionnels, toutefois l'évaluation de ce CI reste problématique. Confrontées à un environnement changeant et à une raréfaction des ressources, les organisations de santé publiques ou privées, sont de plus en plus préoccupées par des problèmes de mesure de performance (Teil, 2002), (Moisdon, Tonneau, 2000). Cette performance n'est pas seulement économique, elle repose grandement sur des composantes immatérielles.

Notre recherche a consisté à définir un modèle d'évaluation de la valeur apportée par le CI dans un cadre original encore peu étudié, celui d'une structure hospitalière transversale particulière, les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG). Ce travail a comme terrain

d'application un projet de recherche HAS¹ portant sur les EMG de la région Midi-Pyrénées en 2007-2009. Le problème essentiel d'évaluation posé par ces équipes pluridisciplinaires (composées de personnel médical et médico-social) est qu'elles ne sont pas dans des processus traditionnels de soin et de prise en charge de patients. Leur valeur ajoutée se situe, en effet, dans l'expertise et le conseil qu'elles apportent aux professionnels de santé dans et hors de l'hôpital pour améliorer la prise en charge globale (médicale et sanitaire) des personnes âgées.

La valeur apportée par ces équipes dépend donc des connaissances dont elles disposent, de leur capacité à en recueillir, formaliser de nouvelles et leur capacité à les diffuser largement auprès des professionnels de la santé qui prennent en charge des personnes âgées. Les acteurs de la gériatrie² ont souligné que les compétences relationnelles sont des facteurs clés de succès du fonctionnement de ces équipes. La mesure de la valeur générées par ces équipes est donc problématique dans le système de santé où ne sont valorisées que des activités de soin (tarification à l'activité : T2A).

La mobilisation du concept de CI et des modèles d'analyse qui ont été élaborés, nous a amenés, dans une première partie, à choisir une grille d'analyse pour étudier notre terrain les EMG. Celle-ci nous permet, en deuxième partie, d'analyser les composantes du CI de quatre EMG afin de définir les déterminants de la valeur de ces équipes. Ces déterminants servent, ensuite, de base à la définition d'un modèle d'évaluation de la valeur générée par ces équipes au sein de la structure de santé.

1 Définition du capital immatériel et modèles d'analyse

La notion de CI est récente, elle est née du besoin de conceptualiser la « valeur cachée » de l'entreprise qui n'apparaît pas dans son bilan. La définition du concept fait ainsi appel à de nombreux termes tel que immatériel, intangible ou intellectuel qu'à l'instar de Pierrat (2009) nous considérerons comme étant synonymes. Cette notion est au confluent de plusieurs courants de recherche (en économie, sociologie, gestion, ...). Le CI renvoie à la capacité d'une organisation à créer de la valeur à partir de son stock de connaissances (Poincelot, Wegmann, 2005).

Pour les économistes, la dynamique de la croissance provient de l'innovation (Schumpeter, 1912, Solow, 1956). Les économistes de la connaissance prennent en compte l'innovation technologique mais aussi le capital intellectuel (Romer, 1986), (Samuelson, 2004). Pour Nussenbaum (2003), un actif immatériel n'est pas un facteur économique classique car il n'a pas d'effets propres. Il joue le rôle de catalyseur à cela près que ce catalyseur économique n'est pas nécessairement détruit dans le processus de production mais peut, au contraire, y être régénéré voire développé.

¹ Evaluation de la performance des Equipes Mobiles Gériatriques dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ou dépendantes, projet de recherche HAS, Equipe *Epidémiologie et la Sociologie du Vieillissement* (co-responsable : Professeur Alain Grand), Unité INSERM U558 *Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps* et Laboratoire Gestion et Cognition (EA 2043) – Université Paul Sabatier Toulouse III.

² Ces acteurs ont été rencontrés lors des 4èmes journées nationales des équipes Mobiles de Gériatrie, Bordeaux mai 2008.

Bourdieu (1980), Putnam (1993) ajoutent au capital économique la notion de capital social qui, au-delà des propriétés individuelles possédées par un agent déterminé, prend en compte les effets sociaux des relations entre individus. Pour le premier auteur, ce capital est une sorte de carnet d'adresses³, pour le second, il s'agit des liens horizontaux existant entre les individus qui contribuent à la réussite des démocraties.

Deux courants de recherche en gestion nous semblent aussi déterminants :

- un premier d'origine comptable et financière s'intéresse aux sources intangibles de la création de valeur (Lacroix, Zambon, 2002). Son objectif est d'étudier « l'activation » de dépenses immatérielles et de mesurer la création de valeur induite par ces actifs sur l'organisation ;

- le second d'origine stratégique, à partir de la Resource-Based Theory (Arrègle, 2006), porte sur le développement d'avantages concurrentiels par la création, la protection, le développement de ressources rares au centre desquelles on trouve les connaissances et les compétences. Celles-ci sont reconnues comme des ressources stratégiques clés (Grant, 1996), (Roos, Roos, 1997). Itami et Roehl (1987) ont ainsi souligné l'apport des actifs immatériels (invisible assets) comme ressources essentielles de l'organisation car elles lui permettent d'acquérir un avantage concurrentiel durable.

La notion de CI se fonde tantôt sur une logique de ressource (on parle alors de capital) tantôt sur une logique de création de valeur réelle ou potentielle (on parle alors d'actif).

Le CI regroupe les individus qui sont à l'origine de la production et diffusion de connaissances et l'infrastructure physique et intangible (SI, BD, ...) qui supporte le recueil et la diffusion de cette connaissance.

A la suite des travaux d'Edvinsson, Malone (1997), de Stewart (1997), Sveiby (1997), il semble s'établir un compromis autour de trois composantes principales du CI (même si ces composantes se déclinent un peu différemment selon les auteurs) :

- le capital humain (CH) recouvre les connaissances tacites, les compétences individuelles, les expériences des membres de l'organisation, attitudes et capacités d'innovation et d'apprentissage,

- le capital organisationnel (CO) comprend des actifs tangibles mais surtout intangibles, c'est-à-dire toutes les connaissances explicites produites par l'organisation, les éléments de propriété intellectuelle (brevets, licences ...), les processus et procédures formalisés,

- le capital relationnel (CR) recouvre des actifs intangibles, à savoir les éléments de mise en relation de l'organisation avec ses partenaires externes, lui permettant d'assurer le recueil et la diffusion de la connaissance de et vers l'extérieur.

Edvinsson et Sullivan (1996) regroupent ces deux dernières dimensions autour du concept de capital structurel qui correspond à l'utilisation du savoir et de l'information, à leur diffusion au niveau interne et externe.

³ Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un *réseau durable de relations* plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ou, en d'autres termes, à l'*appartenance à un groupe*, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes (susceptibles d'être perçues par l'observateur, par les autres ou par eux-mêmes) mais sont aussi unis par des *liaisons* permanentes et utiles.

La valeur intrinsèque du CI naît de l'interaction de ces trois composantes comme le souligne la figure 1. En s'appuyant sur le modèle de dynamique de la création des connaissances de Nonaka et Takeuchi (1997), on peut mettre en évidence trois mécanismes de création de valeur : la formalisation (ou explicitation des connaissances par passage du CH au CO), la socialisation par diffusion de connaissances tacites (CH) ou explicites (CO) vers les partenaires (CR) et l'intériorisation par réappropriation de connaissances explicites par les individus (CO vers CH), ou par apprentissage auprès des partenaires (CR vers CH).

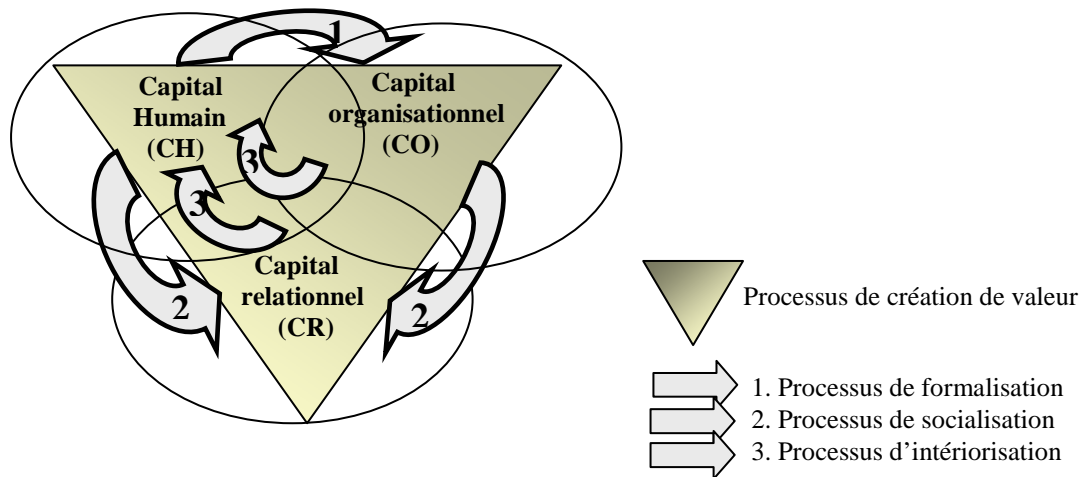


Figure 1 : le modèle de création de valeur intrinsèque par le capital immatériel, élaboré à partir des modèles de Petrash (1996), Edvinsson (1997) et de Nonaka, Takeuchi (1997)

La valeur du CI résulte également de son impact sur d'autres dimensions de la performance comme la qualité, la réalisation d'économies, Il nous a paru, dès lors, de tester la pertinence de ce modèle de CI pour étudier la performance des Equipes Mobiles de Gériatrie.

2 Modèle du capital immatériel des EMG

Le modèle que nous allons présenter dans cet article est le résultat d'une étude conduite dans le cadre d'un contrat de recherche en cours HAS/CNSA (Arthus, Montalan, Vincent, 2008). Celui-ci a pour objectif de définir les déterminants de la performance et les leviers de pilotage pour les EMG. Il a abouti, dans un premier temps, à la mise en évidence des composantes de la valeur co-construites avec les 14 EMG de la région Midi-Pyrénées, puis à la formalisation de ces composantes à partir du modèle de valeur du CI présenté précédemment. Avant de développer ce modèle, nous allons détailler la méthodologie choisie pour notre étude, puis préciser le rôle des EMG.

2.1 Méthodologie de recherche

La méthodologie retenue est celle des études de cas proposée par Hubermann et Miles

(2003). L'approche est donc de nature inductive et exclusivement qualitative. Cette dernière s'avère adaptée à l'observation d'un dispositif de santé fortement contextualisé et aux réalités multiples. Enfin, le mode compréhensif donne une place privilégiée aux acteurs et à leurs représentations, ce qui ne peut être occulté en matière de performance (Coulon, 1987). La valeur apportée par le capital immatériel des EMG s'évalue donc à partir du point de vue des membres des équipes et des différentes parties prenantes. Elle met en exergue l'interprétation que font les individus étudiés de la situation objet de l'analyse (Erickson, 1986) et nous a permis une co-construction des déterminants de la valeur. David (1998) décrit les modalités de la modélisation interactive qui permet de faire émerger le modèle de la confrontation d'une grille d'analyse théorique, de l'organisation et des acteurs. Cette approche oriente la conception à la fois vers les relations entre acteurs et vers les connaissances. Ces deux modalités permettent (Landry et *al.*, 1996) à la fois de valider le modèle et de le légitimer auprès des membres de l'organisation.

Notre investigation empirique s'est appuyée sur des techniques croisées de recueil de données, 62 entretiens d'1 heure 30 en moyenne ont été réalisés auprès de quatre EMG et de leurs partenaires internes (services hospitaliers), partenaires externes (EHPAD⁴, CLIC⁵, UTAMS⁶, médecins de ville, réseaux de santé) et des tutelles hospitalières (pôle) et territoriales (DRASS, ARH⁷). Chaque EMG se caractérise par son propre mode de fonctionnement dépendant des moyens de financement alloués, du contexte hospitalier (type de filière de soins) et de la compétence des professionnels qui la constituent (Clément et *al.*, 2005). Des critères de sélection ont été définis avec les autorités de tutelles : rattachement à une filière gériatrique (comprenant au minimum un court séjour gériatrique et un service d'urgence), composition pluridisciplinaire de l'équipe (en lien avec les exigences du texte légal), diversité des contextes hospitaliers (CHU, CHG).

Ce dispositif a été complété par deux séries d'observations non participantes de 15 jours chacune dans un CHU et un hôpital général, une recherche bibliographique orientée notamment sur des applications de tableaux de bord stratégiques dans le secteur de la santé et sur les modèles d'évaluation de la performance élaborés par la HAS⁸, l'IGAS⁹ et les instances européennes, et, enfin, l'analyse approfondie des rapports d'activités de cinq EMG.

Le codage, à partir de la retranscription de ces entretiens, a été fait en repérant les points critiques du discours c'est-à-dire les situations suscitant des difficultés dans la mise en œuvre de l'activité, dans son organisation, dans ses impacts. Nous avons alors mis en évidence quatre thèmes clés : les acteurs de la prise en charge des patients âgés et leur coordination, les

⁴ Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes.

⁵ Centre Local d'Information et de Coordination : structure sociale départementale qui sert de lieu d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leur entourage. La circulaire du 18 mai 2001 précise que le CLIC est conçu comme un dispositif de proximité dédié en priorité aux usagers.

⁶ Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale.

⁷ Les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), mises en place par l'ordonnance du 24 avril 1996, ont été transformées en ARS (Agence Régionale de Santé) par la loi HPST du 21 juillet 2009.

⁸ La Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients. C'est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière.

⁹ L'Inspection Générale des Affaires Sociales.

informations et connaissances échangées autour de la prise en charge, les apports de l'activité de l'EMG aux différentes parties prenantes (services et partenaires appelants, patients, familles), les ressources humaines et financières mobilisées. A partir de ces quatre thèmes, les composantes de la valeur perçue par les acteurs ont été extraits des entretiens réalisés.

2.2 Les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

L'EMG est un dispositif hospitalier composé de professionnels pluridisciplinaires, permettant de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge globale des personnes âgées fragiles. Une équipe est adossée à un service ou à un pôle de gériatrie. Sa composition est variable mais certaines composantes sont stables : médecin gériatre, infirmière, secrétaire, et selon les équipes, assistante sociale, ergothérapeute, psychologue, ... Elles n'agissent que sur appel soit des services hospitaliers, soit de partenaires externes avec lesquels elles ont passé des conventions.

Les EMG sont des formes d'organisations qualifiées d'innovantes dans la littérature (par exemple, Barré et al. 2005 ; Rousseau et Bastianelli, 2005 ; Castra et *al.* 2004). Elles ont été créées pour répondre à certains dysfonctionnements structurels de l'hôpital (Bercot R. et Coninck F., 2004). Elles contribuent conjointement à la poursuite des objectifs stratégiques de santé publique, en termes de qualité des soins et d'efficacité économique et organisationnelle de l'hôpital pour assurer la prise en charge des personnes âgées. Cette prise en charge des personnes âgées fragiles est extrêmement complexe car elle est globale, c'est-à-dire à la fois médicale, sociale et médico-sociale. Elle associe de multiples acteurs (institutions et professionnels) ayant des compétences et des statuts divers qui interviennent individuellement dans la prise en charge des personnes âgées. Les manques de coordination sont fréquemment relevés et se chiffrent par une augmentation de la durée moyenne du séjour hospitalier. A cela s'ajoute qu'au sein de l'hôpital, le patient âgé (70 % des admissions en moyenne aux urgences) peut être mal orienté, faute de prise en charge gériatrique spécifique. La difficulté réside dans sa fragilité médicale provoquant des réhospitalisations ultérieures nombreuses et un accroissement du taux de placement en maison de retraite médicalisée. Face à ces difficultés, les apports des EMG sont de plusieurs ordres (Couturier, 2004).

Au malade, elles apportent une meilleure orientation dans la filière gériatrique grâce à l'expertise gériatrique des membres de l'équipe et de leur connaissance pointue de l'ensemble des acteurs des filières personnes âgées¹⁰ et des acteurs sociaux sur leur territoire de santé.

Pour les services et partenaires externes demandeurs, il s'agit de trouver une aide, voire une solution, face à une situation difficile. Pour cela, ils font appel à l'expertise tant médicale, que psychologique ou sociale de l'équipe pour intervenir sur des cas patients ou pour assurer des formations ou des informations aux personnels.

¹⁰ Une filière gériatrique doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. Elle doit comporter un pôle d'évaluation gériatrique incluant un hôpital de jour, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique et une unité de soins de longue durée (USLD). Elle passe par la définition de deux niveaux d'organisation complémentaires : un établissement de santé centre référent gériatrique, coordonnateur de la filière et des établissements et structures de santé.

Quant à l'hôpital, il acquiert, par l'intermédiaire de l'EMG, une meilleure connaissance du fonctionnement de la filière gériatrique et de la circulation du patient âgé au sein de sa structure.

Il ressort de cette présentation que l'expertise et le niveau d'information sont à la base de l'intervention des EMG. La valeur de cette expertise est renforcée par cinq spécificités organisationnelles de ces équipes.

En premier lieu, elles sont transversales et mobiles, dans un univers hospitalier encore fortement cloisonné (Leteurtre, Malléa, 2005). Leur activité dépend exclusivement d'une demande des services hospitaliers se trouvant en situation problématique face à un cas patient généralement complexe¹¹. Toutefois la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé, l'équipe n'a donc qu'un rôle de conseil.

Leur deuxième particularité est leur pluridisciplinarité directement liée à la spécificité de la gériatrie¹² située au croisement du médico-social et du sanitaire. En effet, l'équipe doit normalement être constituée au minimum d'un gériatre, d'un(e) infirmier(e), d'une assistante sociale et d'un secrétariat accessible à tout moment. Les études (Clément, 2005) indiquent néanmoins que leur constitution est fortement variable, en lien avec les contextes locaux. Cependant, et à l'opposé du travail dans les services où chaque groupe professionnel reste dans son champ d'activité, l'équipe mobile est basée sur un travail commun, effaçant les frontières marquées entre les métiers de la santé (Kopel, Voisin, Grand, 2009).

Le troisième élément concerne leurs missions. Volontairement définies par les textes comme plurielles, elles reposent sur l'expertise d'une équipe qui peut conseiller, informer, former les équipes soignantes des services appelants. Sur le plan plus médical, cette équipe réalise une évaluation dite *globale*¹³, mais peut aussi proposer une orientation dans la filière gériatrique et participer à un projet de soins et de vie.

Leur quatrième caractéristique est que les EMG fonctionnent selon un horizon de temps différent des autres services de l'hôpital ou de la ville. En effet, leur prise en charge s'inscrit dans la durée et la réflexion et non dans l'urgence. La durée de traitement d'un dossier peut être de plusieurs jours, le temps de contacter toutes les parties prenantes afin d'avoir une représentation globale du "cas patient" (représentation médicale, sociale, familiale, *etc.*).

Le cinquième et dernier élément de spécificité, à relier avec leurs missions et leur transversalité, est son mode de financement. Jusqu'en 2004, les EMG bénéficiaient d'un financement en propre¹⁴. Or, la réforme nationale de la T2A a changé la donne au sein de l'hôpital. Elle prévoit une prise en charge financière attribuée en fonction de l'activité à partir des tarifs de séjours types (groupes homogènes de malades élaborée sur les bases du PMSI¹⁵).

¹¹ La personne âgée présente généralement plusieurs pathologies avec une imbrication d'éléments sociaux et/ou psychologiques qui rend difficile le diagnostic et génère par là même une difficulté d'orientation. En effet, les pôles ou services gériatriques ne peuvent pas répondre à toutes les demandes.

¹² C'est une spécialité médicale reconnue en France par un diplôme qu'à partir de 2004 qui prévient, soigne ou accompagne les affections du grand âge.

¹³ Appelée, dans le jargon médical, évaluation gériatrique standardisée, elle comporte des caractéristiques particulières en termes d'utilisations d'outils professionnels et de pluridisciplinarité (médecine, infirmière, assistante sociale, ergothérapeute...).

¹⁴ Financement relevant des Agences Régionales d'Hospitalisation sur les crédits d'assurance maladie notamment par la dotation nationale de développement des réseaux.

¹⁵ PMSI : programme de médicalisation du système d'information.

A côté de ce mode général de financement, des Missions dites « d'Intérêt Général » (MIGAC) comme l'enseignement, la recherche ou l'innovation, ainsi que l'Aide à la Contractualisation (contrat d'objectif et de moyens) sont assurées par une enveloppe budgétaire spécifique MIGAC. C'est par ce biais que l'EMG est actuellement financée. Or, cette différence de financement est problématique car, du fait de la nouvelle gouvernance hospitalière (plan hôpital 2007), la logique de fonctionnement est celle du pôle. L'EMG, rattachée au pôle gériatrique devient une charge pour celui-ci puisque non productive sous l'angle de la T2A. En effet, son activité est décomptée dans les services où elle intervient et non là où elle est implantée. Par ailleurs, son activité influe sur celle du pôle gériatrique déjà mis en difficulté par la T2A en raison des durées de séjours longues, du poids de la comorbidité et de la faible production d'actes comme il a été souligné dans le livre blanc de la gériatrie française (Franco, 2004).

Démontrer qu'elles sont créatrices de valeur au sein de l'hôpital et sur le territoire de santé est un enjeu fort pour les EMG, d'autant plus que de récentes directives ministérielles les incitent à développer leur activité en extra-hospitalier. Il s'agit donc de passer d'une logique de dépenses constatées à une logique de génération de ressources en reconnaissant la valeur du capital immatériel apporté par ces équipes. En légitimant l'activité d'expertise, de recueil et de diffusion d'informations et de connaissances de ses équipes mobiles, l'hôpital peut reconnaître une ressource stratégique clé de son organisation pour affirmer sa place sur son territoire de santé.

Il convient donc de définir les composantes de ce capital immatériel.

2.3 Les composantes du CI des EMG

Nous avons confronté les données de terrain après codage des entretiens, selon les quatre axes précédemment évoqués (prise en charge du patient âgé, échange d'informations et de connaissances entre acteurs, apport des EMG aux parties prenantes et ressources humaines et financières mobilisées) avec le modèle de création de valeur par le CI (*cf.* figure 1). Cela nous a permis de faire émerger les composantes du CI des EMG, leur contenu et leur contribution à la création de valeur à partir du point de vue de leurs différentes parties prenantes.

Les données recueillies lors des entretiens autour du thème et de la prise en charge des acteurs font apparaître que la raison essentielle des appels à l'EMG est l'attente d'un avis multi-expert (médical, social et sanitaire) sur l'état ou le devenir d'un patient âgé. Il ressort, en conséquence, que la valeur du capital humain des EMG repose sur la pluridisciplinarité et l'expérience des membres composant les équipes. Les données recueillies autour du thème des connaissances et informations échangées montrent que l'EMG diffuse de la connaissance gériatrique auprès des personnels des services, les aidant ainsi à améliorer leurs pratiques de prise en charge des personnes âgées. Dans le même temps, les membres de l'équipe enrichissent leurs connaissances et leur expertise de la gériatrie au cours de leur activité de conseil auprès des services et partenaires. Ces connaissances et compétences spécifiques à la gériatrie deviennent alors les leviers de l'action collective de prise en charge des personnes âgées, comme le fait ressortir le thème apport de l'activité aux parties prenantes. L'étude des ressources humaines et financières mobilisées par les équipes met en évidence un capital

organisationnel qui est pour une partie propre aux équipes et pour l'autre partie commun à l'hôpital, voire aux parties prenantes du territoire de santé. Le capital relationnel est apparu, aux parties prenantes (thème apport) comme une composante essentielle de la valeur ajoutée par ces équipes. Cette importance est liée à leur mobilité et est renforcée par l'existence de temps partagés. On constate, en effet, que la plupart des membres des équipes ne sont pas affectés à plein temps à l'EMG, ils occupent une partie de leur temps dans d'autres services de l'hôpital.

L'étude approfondie des entretiens et l'analyse du processus de prise en charge décrit grâce à l'observation non participante, nous ont permis d'inventorier en détail les composantes du CI qui sont décrites dans le tableau 1 suivant.

Capital Humain	Capital Organisationnel	Capital Relationnel
Connaissances gériatriques <ul style="list-style-type: none"> - médicales et sanitaires : sur les pathologies liées à l'âge, les médicaments, les troubles du comportement, l'alimentation, - médico-sociales : sur les besoins et les aides disponibles, sur les dispositifs territoriaux, - organisationnelles : sur les services internes/externes, leur fonctionnement, leurs compétences en amont et en aval. Compétences <ul style="list-style-type: none"> - relationnelles : savoir communiquer, écouter et recueillir la connaissance, - pédagogiques : savoir expliquer et transmettre des connaissances gériatriques, - sociales : savoir travailler en équipe. 	Capital commun à l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> - système d'information et le Département d'Information Médicale (DIM), - locaux et moyens matériels. Capital propre à l'EMG <ul style="list-style-type: none"> - procédures formalisées d'évaluation (grilles d'évaluation et tests¹⁶), - procédures d'appel et d'intervention, - documents spécifiques pour la prise en charge et le suivi des personnes âgées. 	Relations avec la filière gériatrique <ul style="list-style-type: none"> - connaissances formelles sur les organismes (leur champ d'intervention, leurs attributions, les personnes contacts, ...), - notoriété et reconnaissance de la légitimité de l'EMG. Relations avec les services et partenaires externes en amont <ul style="list-style-type: none"> - connaissances formelles sur les services, - notoriété, reconnaissance de la légitimité et de la compétence de l'EMG.

Tableau 1: les composantes du CI des EMG

En ce qui concerne le capital humain, les connaissances médicales et sanitaires sont reconnues comme une source essentielle de valeur apportée par les équipes : *"notre rôle est d'assurer la diffusion de la culture gériatrique"*. Au delà, les connaissances sur le patient générées par les membres de l'EMG sont plus riches en raison de l'élargissement de la prise en compte de différents points de vue. Ainsi, aux connaissances médicales se rajoutent des connaissances sociales sur les besoins sociaux des personnes âgées et sur les dispositifs très complexes de

¹⁶ Batterie de tests élaborés pour évaluer l'état cognitif et le degré d'autonomie d'une personne âgée : le test de l'horloge, le test des cinq mots de Dubois, l'échelle GDS simplifiée, l'échelle MNA simplifiée, le test de Tinetti, l'échelle ADL, l'échelle IADL

prise en charge assurés au niveau territorial et au niveau des filières gériatriques (connaissances organisationnelles sur les établissements de la filière). De par la nature de son intervention, le rôle de l'EMG est celui d'un expert et non d'un intervenant direct. L'équipe peut donc se centrer sur la recherche, l'exploitation et la production de connaissances sur le patient personne âgée. Ainsi, certaines EMG procèdent à des études de santé publique, par exemple, *"nous avons réalisé une étude sur le lien entre certains médicaments et les risques de chute en collaboration avec les services"*, les résultats étant diffusés auprès des équipes soignantes afin de mieux adapter les prescriptions aux spécificités des personnes âgées (compétence pédagogique).

Le capital organisationnel est un des points faibles des EMG, en effet, leur financement ne s'effectuant pas selon une logique T2A, leurs actes ne sont pas saisis par le système d'information hospitalier. N'étant pas, par ailleurs, directement responsables des patients, elles n'ont que difficilement accès au dossier patient et aux informations médicales qu'il contient. De ce fait, les équipes ont développé un système d'information parallèle (informatisé ou pas) dans lequel sont saisies des informations médicales, sociales, cognitives, sanitaires, issues de l'évaluation globale réalisée mais aussi de toutes les recherches d'informations sur les conditions de vie du patient en dehors de l'hôpital. Toutes ces informations sont consignées dans des documents spécifiques pour la prise en charge et le suivi des personnes âgées. Ces documents ne sont pas standardisés, ils ont été élaborés spécifiquement pour et par chaque équipe : *« nous avons défini un dossier EMG à notre création, ..., ce dossier a depuis évolué car certaines rubriques étaient inutiles ou trop difficiles à renseigner »*. Par ailleurs, le capital organisationnel s'enrichit de procédures formalisées, par exemple de contrats définissant les conditions et les procédures d'intervention de l'EMG auprès des partenaires contractants. On peut citer, notamment, le cas d'une équipe qui intervient deux demi-journées par mois dans des EHPAD pour assurer l'évaluation globale de résidents pour lesquels le devenir est problématique. Elle assure également, dans ce cadre, l'information et la formation des personnels sur des problèmes clés comme la prise en charge des troubles du comportement, les contentions, les escarres, la déshydratation, ...

Le capital relationnel est la clé de voûte de l'action des EMG car elles interviennent à la demande de partenaires et auprès de leurs patients. Ce capital relationnel repose sur la connaissance explicite des partenaires et sur la notoriété de l'équipe auprès de ceux-ci. La connaissance des partenaires permet d'adapter l'activité de l'équipe aux besoins des services demandeurs. Ainsi, l'expérience d'une des EMG étudiée montrait un fort turnover des personnels aux urgences, ce qui lui permettait d'adapter son action en renforçant l'information par des réunions régulières avec ces personnels. De même, la connaissance du fonctionnement de services de chirurgie orthopédique a permis de mettre en place, en accord avec eux, une procédure d'évaluation globale systématique des personnes âgées de plus de 75 ans avant une opération, cela afin d'anticiper les phénomènes de décompensation. On voit ainsi la dynamique de création de valeur : des connaissances relationnelles croisées avec des connaissances médicales ont contribué à améliorer le bénéfice patient en même temps que le fonctionnement du service de chirurgie.

La mission spécifique des EMG, qui interviennent sur appel, fait de la notoriété et la reconnaissance de la légitimité des EMG une condition indispensable pour que les partenaires fassent appel à elles. Ainsi, des équipes qui pour des raisons de jeunesse, ayant moins de deux ans d'existence (2 cas étudiés) ou de déficit de communication, pour des problèmes

relationnels entre personnes (1 cas étudié) sont mal connues des services et partenaires sont moins sollicitées que les autres. Leur activité étant évaluée sur le nombre d'appels reçus et traités, elles sont jugées par les tutelles comme moins performantes que les autres, ce qui peut compromettre leur devenir.

Cette définition des composantes du CI des EMG met en évidence des leviers d'action cognitifs pour améliorer la performance de ces équipes et, au-delà, celle des services hospitaliers et des partenaires externes avec lesquels elles travaillent, à la poursuite d'un objectif commun de santé publique : l'amélioration du bénéfice patient. Il est, dès lors, nécessaire d'évaluer le CI des EMG et de déterminer quels sont les modèles d'évaluation adaptés.

3 Quelle évaluation du CI des EMG ?

Après avoir présenté les différentes démarches d'évaluation du CI relevées dans la littérature, nous proposerons un modèle pour évaluer l'impact du CI sur la performance des équipes mobiles et verrons comment la dynamique des connaissances ainsi définie génère la valeur intrinsèque du CI des EMG.

3.1 Les différentes démarches d'évaluation du CI

L'évaluation du CI est problématique quel que soit l'angle d'approche des éléments immatériels qui le composent. Pierrat (2009, p 913) en distingue deux, l'approche par les investissements (dépenses) et l'approche par la valeur générée.

En ce qui concerne les investissements, le CI peut être généré sans aucune dépense ou à partir de dépenses réalisées sur d'autres actifs. Ainsi, dans le cas des EMG, la valeur de la connaissance gériatrique produite dépend de dépenses en temps de personnel (temps auprès des services, temps de formation, temps de recherche d'informations, temps de déplacement ...), en frais de déplacements, de communication, ... En effet, la connaissance se produit dans l'activité d'évaluation ou d'orientation et dans le contact avec les professionnels du monde socio-médical.

Le problème concernant la valeur générée par le CI peut être abordé à partir d'approches quantitatives ou qualitatives. Dans les deux cas elle ne peut se mesurer directement, mais elle se mesure soit en externe, sur le comportement des partenaires (fidélité, notoriété d'une marque, satisfaction), soit en interne sur la qualité des processus.

Concernant l'approche quantitative, Luthy (1998) et Williams (2001) élaborant des modèles de classification des méthodes d'évaluation du CI, expliquent que la valeur apportée par celui-ci peut s'évaluer à partir des concepts de sur-valeur ou goodwill (méthodes de capitalisation marchande). Des méthodes sont alors proposées pour calculer le volume des actifs immatériels¹⁷ détenus par une organisation. Le problème de ces démarches est qu'elles

¹⁷ On peut citer notamment le q de Tobin, le Value Creation Index de Cap Gemini, Ernst & Young, le Value Chain Scoreboard de Lev (2001).

reposent sur l'hypothèse que la valeur de marché ne dépend que du CI, ce qui est loin d'être le cas dans la réalité. Par ailleurs, elles ne mesurent pas la valeur générée en interne par le CI sur l'efficience générale de l'organisation (amélioration des processus, de la qualité, ...). Or c'est l'objectif recherché en santé publique pour l'évaluation de la performance des organisations de santé.

Concernant l'approche qualitative, de nouvelles méthodes sont apparues pour évaluer les performances (création de valeur interne et externe) liées au capital immatériel et faciliter le pilotage de cette performance. Les approches les plus connues sont celles du BSC (Kaplan, Norton, 1996, 2007) et l'approche scandinave qui a abouti à l'élaboration du navigateur Skandia (Edvinsson, 1997) à partir de concepts proposés par Sveiby (1997) et en intégrant certaines idées du BSC (Kaplan, Norton, 1996, 2007).

Ces tableaux de bord permettent d'explicitier la performance en se basant sur des indicateurs financiers et non financiers. Ces indicateurs sont construits en fonction d'objectifs stratégiques fixés par l'organisation. La fixation de ces objectifs se fait selon deux perspectives différentes (Mouritsen, Larsen, Bukh, 2005) : la valeur est créée par le client (approche BSC), la valeur provient des capacités et compétences dont dispose l'organisation (approche navigateur). Ainsi, dans le navigateur Skandia une place prépondérante est-elle accordée aux indicateurs du capital humain, qui constitue le générateur principal de valeur (Wegmann, 2000). Quant au BSC, « il ne sert qu'indirectement à l'évaluation des incorporels du CI » (Bessieux-Ollier, Lacroix, Walliser, 2006, p 41), les ressources humaines jouent tout de même un rôle central dans la dynamique de la performance (la satisfaction des clients dépend de la qualité des processus internes qui repose, elle-même, sur les compétences et connaissances des salariés, cette satisfaction garantissant *in fine* la performance financière).

Ces approches qualitatives répondent mieux aux besoins d'évaluation d'organisations aussi spécifiques que les EMG. Elles ont constitué la base de notre réflexion sur la création de valeur et la mesure de performance du CI des EMG.

3.2 Un modèle pour évaluer l'impact du CI sur la performance des équipes mobiles

Les EMG ont besoin d'évaluer leur performance pour légitimer leur existence auprès des tutelles (pôle, hôpital, ARS) et pour piloter leurs activités et leurs ressources (problème de la maîtrise des coûts). En réponse à un appel d'offre de la HAS-CNSA, nous avons, dans un premier temps, co-construit avec les équipes de Midi-Pyrénées un tableau de bord stratégique de type Balanced Scorecard (BSC) (Kaplan, Norton, 1996, 2007). Nous avons utilisé le BSC comme modèle de tableau de bord en l'adaptant, suivant ainsi les travaux sur la mesure de la performance publique hospitalière (Nobre, 2001). Le choix du modèle BSC a été justifié dans un précédent travail de recherche (Arthus, Montalan, Vincent, 2009).

Ce tableau a été validé par l'ensemble des équipes de Midi-Pyrénées lors de deux réunions plénières organisées en 2008 à Cahors et 2010 au CHU de Toulouse. Lors de ces réunions les membres des équipes (médecins, personnels infirmiers, assistantes sociales, secrétaires, psychologues, ...) ont validé les axes du tableau déclinés en performance financière (optimiser le retour sur ressources temps et matérielles allouées aux équipes), satisfaction des

appelants services internes et partenaires externes (mesurée par leur fidélisation, celle-ci dépendant de la rapidité d'intervention), qualité des processus internes (évaluation et orientation des personnes âgées, conseil et formation en gériatrie), le tout reposant sur l'apprentissage organisationnel¹⁸ qui mesure l'expertise rassemblée, générée et diffusée par l'EMG et les supports informationnels utilisés. Les indicateurs associés à ces axes ont été ensuite sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur faisabilité.

La deuxième réunion a fait apparaître que si le tableau de bord permettait de répondre au besoin de pilotage des ressources de ces équipes (détermination de la taille des équipes et justification de sa composition en fonction de l'activité), en revanche il restait difficile de définir des indicateurs mesurant la valeur de l'expertise de ces équipes et de pouvoir répondre ainsi à leur besoin de légitimation auprès des tutelles et de l'hôpital (direction, pôle gériatrique et services). Comme nous l'avons souligné précédemment, l'évaluation doit intégrer les contraintes suivantes : la valeur apportée par les EMG à la prise en charge des personnes âgées provient exclusivement de leur CI, cette valeur est créée à la fois par et chez leurs « clients » (services hospitaliers et partenaires extra-hospitaliers) et à partir de leurs connaissances et compétences. En effet, une orientation rapide et pertinente d'une personne âgée suppose une évaluation globale de son état et de ses besoins, ainsi qu'une bonne connaissance de la filière. Par ailleurs, cette orientation réussie permet de désengorger les services (amélioration de la performance des services) et évite des réhospitalisations rapides (*« éviter un passage aux urgences représente une économie de 1000 € »*).

En conséquence, le modèle de mesure de la valeur générée par les EMG doit allier des caractéristiques du BSC (dynamique de la valeur à partir des clients) et des caractéristiques du navigateur Skandia (dynamique de la valeur à partir des connaissances et compétences).

L'axe central de ce modèle repose sur la source essentielle de valeur apportée par les EMG à savoir le CI, celui-ci étant valorisé par l'apprentissage, le développement et la diffusion de connaissances gériatriques. Partant de cet axe central, le CI est décliné en capital relationnel, capital organisationnel et capital humain (*cf.* figure 2). La valeur de ces éléments dépend de leur impact sur les différentes dimensions de la performance, c'est-à-dire sur la qualité de la prise en charge, sur la bonne utilisation des ressources et sur la satisfaction des partenaires appelants.

¹⁸ Les spécificités des équipes mobiles nous ont conduits à valoriser cette 4^{ème} dimension du BSC, à l'opposé du constat effectué par Nobre et Signolet (2007) dans deux établissements hospitaliers ayant sous dimensionné l'axe AO.

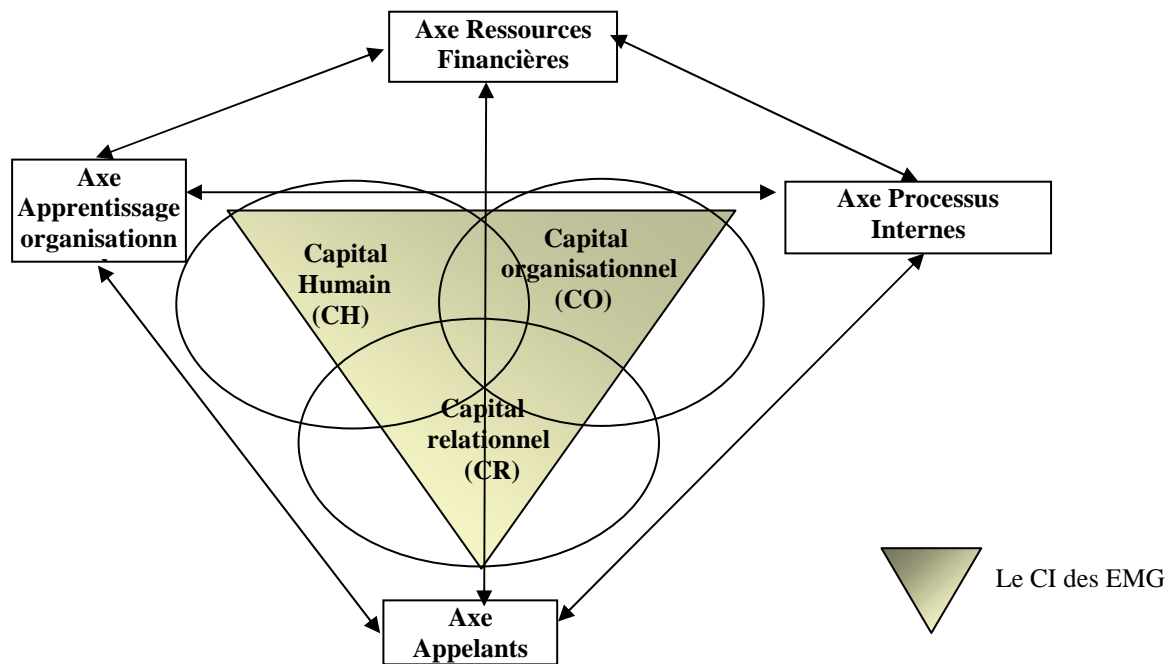


Figure 2 : Impact du CI sur la performance analysée selon les quatre axes du BSC

La valeur du capital relationnel émerge de la relation de l'EMG avec ses partenaires (axe appelants), selon une dynamique inspirée du BSC qui intègre les liens de cause à effet entre les composantes de la performance. Cette valeur est mesurée par la satisfaction des appelants. En effet, celle-ci est garante du niveau d'activité et d'une bonne utilisation des moyens alloués à l'EMG en ressources humaines (mesurées en équivalent temps plein) et en ressources matérielles (axe ressources financières). Dans une logique de chaîne causale, cette satisfaction dépend de la qualité des processus d'évaluation, d'orientation, de communication (axe processus internes) qu'elle met en oeuvre.

La valeur du capital organisationnel est générée par l'interaction des processus internes (axe processus internes) et des connaissances et compétences de l'équipe (axe apprentissage organisationnel). En effet, ces connaissances et compétences garantissent la qualité des processus, assurant ainsi une prise en charge de qualité pour les patients et une utilisation efficace des moyens alloués à l'EMG (axe ressources financières). Elles engendrent, en outre, une réduction de coûts au niveau de l'hôpital en permettant une meilleure gestion des occupations de lits dans les services et en évitant les passages aux urgences et les réhospitalisations précoces.

Le capital humain est la clé de voûte de la valeur générée par les EMG. Il est piloté au travers de la gestion des connaissances et des compétences (axe apprentissage organisationnel) afin d'améliorer la gestion des ressources humaines, des activités et de la communication. Concernant les ressources humaines, la gestion des connaissances et compétences permet d'optimiser la composition de l'équipe en adaptant les recrutements aux besoins de l'environnement. Par exemple, une EMG intervenant fréquemment au domicile des personnes âgées a besoin des compétences et des connaissances d'un ergothérapeute. En revanche, dans un CHU, nous avons constaté que l'équipe intervenant essentiellement dans les services de l'hôpital, n'avait besoin que des compétences de base : médecin gériatre, infirmière et secrétaire. Pour la gestion des activités, l'apport de la gestion des connaissances et compétences est d'anticiper les besoins des partenaires appelants pour adapter au mieux les prestations de l'équipe et établir les plans de formation répondant aux besoins des personnels

(axe processus internes). Enfin, la valeur du capital humain repose sur le développement de la collaboration dans l'équipe et avec les partenaires intra et extra hospitaliers (axe appelants), permettant ainsi d'améliorer la communication.

Les membres des équipes mobiles ont validé, lors des deux rencontres régionales organisées, les trois composantes de leur CI, c'est, selon elles, « *la source essentielle de la valeur qu'on apporte à nos partenaires* ». Le modèle ainsi élaboré permet de répondre aux attentes en terme d'aide au pilotage des équipes, en étudiant l'impact du CI sur les différentes dimensions de leur performance. Il reste à prendre en compte la valeur intrinsèque du CI générée par la dynamique des connaissances telle que définie dans la partie 1.

3.3 La valeur intrinsèque du CI d'une EMG

La valeur intrinsèque du CI de l'EMG est générée par l'interaction de ses composantes CH, CO, CR, au travers des trois processus de formalisation, de socialisation et d'intériorisation. Nous sommes alors dans une logique de valeur générée par des connaissances et compétences, telle qu'elle est abordée dans le navigateur Skandia (cf. figure 3).

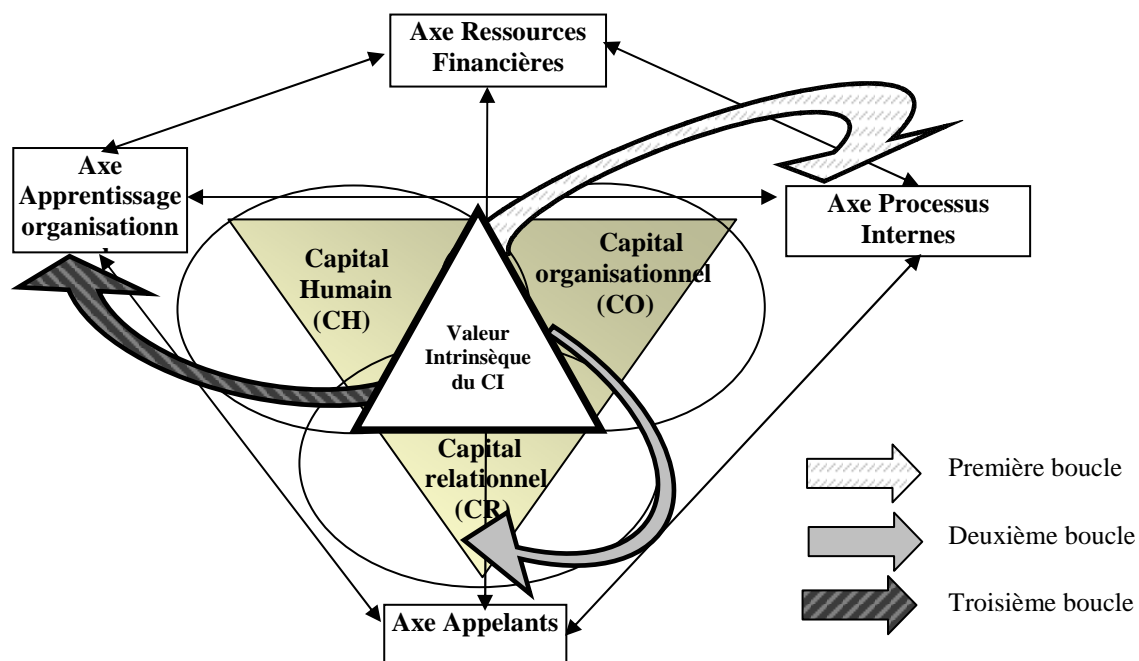


Figure 3 : la valeur intrinsèque du CI de l'EMG

Au travers de leur activité (processus internes) qui les conduits à être mobiles dans et hors de l'hôpital, les EMG collectent beaucoup d'informations sur les personnes âgées. De par leur expérience et leur mission de santé publique, les membres de l'équipe vont intérioriser ces informations et les transformer en connaissances tacites sur les profils de personnes âgées, leurs pathologies, les posologies et médicaments adaptés, la diététique, les pratiques de soins, les troubles de comportement, *etc.* Ces connaissances tacites permettent à l'équipe

d'améliorer ses processus internes (1^{ère} boucle de création de valeur). Ainsi, une étude sur l'impact des calmants sur le patient âgé a conduit une équipe à conseiller un usage très modéré, voire une suppression totale de ce type de médicaments dans les cas de troubles du comportement, les effets secondaires étant particulièrement forts sur ces patients.

La formalisation des connaissances tacites permet aux équipes de les diffuser au travers des formations qu'elles mettent en place. Elle s'intègre parfaitement dans les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles¹⁹ (EPP) qui obligent les professionnels de santé à analyser leur activité clinique par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées. Dans ce cadre, les connaissances gériatriques formalisées par l'EMG constituent une référence experte privilégiée pour accompagner ces démarches. Par ailleurs, l'explicitation de connaissances expertes permet la définition de protocoles de soins avec les partenaires externes. Le Ministère de la Santé recommande en effet l'intervention d'équipes expertes pluridisciplinaires comme les EMG pour aider à l'amélioration de la qualité des soins dans les EHPAD. « Il n'est de progrès possible dans la dispensation des soins en EHPAD qu'à la condition que tous les acteurs de l'institution puissent bénéficier, dans leur pratique, des dernières connaissances validées en gériatrie et en gérontologie. Cependant, les connaissances requises ne se réduisent pas à des compétences isolées, des savoirs fragmentés ou purement techniques. Savoir, savoir-faire et savoir-être sont toujours consubstantiellement liés. Pour éclairer la décision, il convient de surcroît de s'ouvrir à la réflexion pluridisciplinaire²⁰ ».

La valeur de ces connaissances explicites diffusées *via* la formation, la participation à des EPP et à la définition de protocoles de soins va se mesurer à travers l'amélioration constatée dans la prise en charge de la personne âgée par les partenaires appelants de l'EMG (2^{ème} boucle de création de valeur). L'évaluation des pratiques professionnelles dans les services se fait couramment dans les hôpitaux à partir d'outils d'évaluation de la qualité définis par la HAS (Compaqh²¹).

L'accompagnement des personnels des services et partenaires externes dans leurs pratiques et dans la résolution des problèmes qu'ils rencontrent permet à ceux-ci de développer leurs propres compétences gériatriques. Ainsi, une infirmière des urgences a déclaré qu'elle se sentait plus compétente pour faire face aux troubles du comportement de certaines personnes âgées après plusieurs interventions de l'EMG. En conséquence, elle fait moins appel à l'équipe pour faire face à ce genre de problèmes. La valeur de l'expertise de l'EMG va se mesurer à travers l'amélioration constatée des compétences des personnels des partenaires appelants de l'EMG (3^{ème} boucle de création de valeur).

Nous avons défini dans cet article trois composantes du capital immatériel des équipes

¹⁹ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

²⁰ Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, quelques recommandations, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, octobre 2007, page 3.

²¹ COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, Compaqh est projet de recherche à visée opérationnelle, qui a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé et d'établir des modes d'utilisation efficaces de ces indicateurs. Pilotage par les indicateurs COMPAQH, 2^{nde} Journée REQUAMIP de la Qualité Hospitalière - Dr Christine Gardel –Mélanie Couralet, 27 avril 2007.

mobiles de gériatrie : le capital humain (connaissances gériatriques et compétences relationnelles, pédagogiques et sociales), le capital organisationnel (capital commun à l'hôpital et capital propre à l'EMG) et le capital relationnel (relations avec la filière gériatrique, relations avec les services et partenaires externes en amont).

Ces composantes nous ont permis de proposer un modèle d'évaluation de l'impact du CI sur les quatre dimensions de la performance des équipes mobiles : l'axe apprentissage organisationnel, l'axe appelants, l'axe processus internes et l'axe ressources financières. Ce modèle est inspiré et adapté du Balanced Scorecard de Kaplan et Norton. Il permet de montrer aux tutelles la spécificité de la performance des EMG en intra et extra hospitalier et cela, en dehors du modèle hospitalier de référence qui repose sur la T2A.

L'étude de terrain, réalisée en Midi-Pyrénées, a en effet mis en évidence la quête de légitimité de ces équipes souvent jeunes et atypiques dans l'hôpital. Cette légitimité repose sur la reconnaissance de la valeur de leur expertise, elle suppose de prendre en compte la valeur intrinsèque de leur CI, c'est-à-dire le développement de connaissances et de compétences (dynamique des connaissances) tant au niveau des équipes que de leurs partenaires et de l'hôpital. Nous avons mis en évidence trois boucles de création de valeur permettant d'améliorer les processus internes, la qualité de prise en charge de la personne âgée par les partenaires appelants et l'apprentissage organisationnel du système de santé dans son ensemble.

Cependant, ce modèle reste limité, d'une part, en raison du terrain d'étude qui ne concerne que la région Midi-Pyrénées et, d'autre part, car il n'a été développé et validé que dans sa dimension impact du CI sur les axes de la performance. Les indicateurs de mesure de la valeur intrinsèque de ce CI restent à co-définir avec les acteurs du terrain et à valider.

En effet, reconnaître la valeur intrinsèque du capital immatériel apporté par les équipes mobiles, c'est passer d'une seule logique de consommations budgétaires à une logique de création de ressources ce qui, dans le contexte hospitalier actuel, constitue un enjeu important. En légitimant l'activité d'expertise, de recueil et de diffusion d'informations et de connaissances de ses équipes mobiles, l'hôpital peut reconnaître une ressource stratégique clé de son organisation pour affirmer sa place sur son territoire de santé.

Bibliographie

- Arrègle, J.L. (2006), Analyse "Resource Based" et identification des actifs stratégiques, *Revue Française de Gestion* 33 (160): 241 – 259.
- Arthus I., Montalan M.A., Vincent B. (2008), Quels outils d'évaluation de la performance pour les EMG : un regard gestionnaire, *4èmes journées nationales des équipes Mobiles de Gériatrie*, Bordeaux mai 2008.
- Arthus I., Montalan M.A., Vincent B. (2009), Quels outils pour piloter la performance d'une Equipe Mobile de Gériatrie, *Journal d'Economie Médicale*. 27 (1-2): 43-59.
- Barré, S., Evin, C., Fouré, P.Y., Houdart, L., Larose, D., Poutout, G., Ptakhine, E. (2005), *Traité pratique des réseaux de santé*, Editions Berger-Levrault, 453 pages.
- Bercot, R., Coninck, F. (2006), *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, L'Harmattan, Paris, 148 pages.
- Bessieux-Ollier, C., Lacroix, M., Walliser, E. (2006), Le capital humain : approche comptable versus approche managériale, *Revue Internationale sur le travail et la société*, 4 (2): 25-57.
- Bourdieu, P. (1980), Le capital social. Actes de la Recherche en Sciences Sociales 31, 2-3.
- Brooking, A. (1996), *Intellectual Capital : Core Assets for the Third Millennium Enterprise*, International Thomson Business Press, London.
- Castra, M., Cresson, G., Denquin, S., Gerrand, A., Larde, P. (2004), Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations, *Rapport pour la MiRE*, Lille 1, 237 pages.
- Clément, S., Mantonvani, J., Rolland, C. (2005), Réseau de soins ou réseau de santé : les perspectives « géronto-gériatriques » révélées par les unités mobiles hospitalières, *Sociologies Pratiques 1* : 57-72.
- Coulon, A. (1987), *L'éthnométhodologie*, PUF, Paris, 127 pages.
- Couturier P. (2004), Les UMG : situation actuelle et perspectives, *La revue de Gériatrie* 19 (9): 703 à 712.
- David, A. (1998), Outils de gestion et dynamique du changement, *Revue Française de Gestion*,
- Edvinsson, L., Sullivan, P. (1996), Developing a Model for Managing Intellectual Capital, *European Management Journal* 14 (4): 396 – 364.
- Edvinsson, L., Malone M.S. (1997), *Intellectual Capital, Realizing your company's true value by finding its hidden brainpower*, Harperbusiness, New-York.
- Erickson, F. (1986), *Qualitative methods in research on teaching*, In M.C. Wittrock Ed. Handbook of research on teaching, Macmillan, New York, 1986, pp 119-161.
- Franco, A., Jeandel, C. (2004), Livre blanc de la gériatrie, EQV Production, France.
- Grant, R.M. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm, *Strategic Management Journal*, vol 17 (Winter Special Issue), vol 17, 109-122.
- Hubermann, M., Miles, M. (2003), *Analyses de données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck, Bruxelles, Belgique, 626.
- Itami, H., Roehl, T. W., (1987), *Mobilizing Invisible Assets*, Harvard University Press, 200.
- Kopel, S., Voisin, T., Grand, A. (2009), Le travail en équipe mobile gériatrique ou comment valoriser le travail transversal à l'hôpital ? *Gestion hospitalière*, 481: 726 – 730.
- Kaplan R. S., Norton D. P. (2007) : Le tableau de bord prospectif, Eyrolles: 311, (5ème édition, traduit de l'américain « The Balanced Scorecard », Harvard Business School, 1996).
- Lacroix, M., Zambon, S. (2002), Capital intellectuel et création de valeur : une lecture conceptuelle des pratiques française et italienne, *Comptabilité – Contrôle – Audit*, mai: 61 – 84.
- Landry, M., Banville, C., Oral, M. (1996), Model Legitimation in operational Research, *European Journal of Operational Research*, 92 : 443-457.
- Leteurtre, H., Malléa, P. (2005), *Performance et gouvernance hospitalière*, Berger-Levrault

Editions, 255 pages.

- Lev, B. (2001), *Intangibles, Management, Measurement and Reporting*, Brookings Institution Press, Washington D.C.
- Luthy, D.H. (1998), Intellectual capital and its measurement, *Proceedings of the Asian Pacific Interdisciplinary Research in Accounting Conference (APIRA)*, Osaka.
- Moisdon, J.C., Tonneau, D. (1999, 2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Seli Arslan, Tome 1, Tome 2.
- Mouritsen, J., Larsen, T., Bukh, P.N. (2005), Dealing with the Knowledge Economy: Intellectual Capital vs. Balanced Scorecard, *Journal of Intellectual Capital* 6 (1): 8-27.
- Nobre T., (2001), Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif, *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 7 (2): 125 -146.
- Nobre, T., Signolet, L. (2007), Le paradoxe de l'axe apprentissage organisationnel et croissance dans le balanced scorecard : le cas de l'hôpital, *Actes du Colloque AFC*, 21 pages.
- Nonaka I, Takeuchi H, *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boeck Université, 1997.
- Nussenbaum, M. (2003, Juste valeur et actifs incorporels, *Revue d'économie financière* 71: 71-85.
- Petrash, G. (1996); Dow's Journey to a Knowledge Value Management Culture, *European Management Journal*, Vol. 14, No. 4, pp365-373.
- Pierrat, C. (2009). Immatériel et comptabilité, in *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit*, Economica, Paris, 913-920.
- Poincelot, E., Wegmann, G. (2005), Utilisation des critères non financiers pour évaluer ou piloter la performance : analyse théorique, *Comptabilité Contrôle Audit*, 11 (2): 109 – 125.
- Putnam, R.D. (1993), *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Romer, P. (1986), Increasing returns and long-run growth, *Journal of political economy*.
- Roos, G., Roos, J. (1997), Measuring your company's intellectual performance, *Long Range Planning*, Vol. 30 No. 3, pp. 413-26.
- Rousseau, A.C., Bastianelli, J.P. (2005), Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, *IGAS 2005, rapport n°053*, 83 pages.
- Samuelson, P. (2004), Where Ricardo and Mill Rebut and Confirm Arguments of Mainstream Economists Supporting Globalization, *Journal of Economic Perspectives*, 18 (3): 135 – 146.
- Schumpeter, J. A. (1912), *Théorie de l'évolution économique*.
- Solow, R. (1956), A Contribution to Theory of Economic Growth, *Quarterly Journal of Economics* 70: 65-94.
- Stewart, T.A. (1997), *Intellectual Capital, the New Wealth of Organisation*, Nicholas Brealy Publishing.
- Sveiby, K. E. (1997), *The New Organizational Wealth – Managing and Measuring Knowledge-Based Assets*, Benett-Koehler, San-Francisco.
- Teil A. (2002), Définition de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière, Thèse de doctorat de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 4 janvier 2002.
- Wegmann, G. (2000), Comparaison de deux modèles complémentaires de tableaux de bord stratégiques : un modèle nord américain et un modèle suédois, IX^{ième} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Montpellier.
- Williams, M. (2001), Is a company's intellectual capital performance and intellectual capital disclosure practices related ?», Discussion paper, Mc Masters Conferences, January.